

## **La gastrotomie d'urgence dans la météorisation spumeuse**

par Martial VILLEMIN

---

La météorisation spumeuse est une affection qui est loin d'avoir livré tous ses secrets étiologiques. Le fait que certaines météorisations soient spumeuses alors que d'autres ne le sont pas, dans des conditions apparemment identiques, n'a pas encore été élucidé. Quoi qu'il en soit de ce point de pathogénie dont l'explication semble hors de la portée du praticien, nous voulons faire part en toute modestie de l'expérience que nous avons acquise en matière de traitement chirurgical des météorisations spumeuses.

Placé en face d'une météorisation aiguë, le praticien met d'abord en œuvre tous les traitements médicaux : breuvages absorbants et anti-mousse, injection sous-cutanée de chlorure de carbaminoyl-choline, etc. Lorsque ces moyens ont échoué, le recours à la ponction salvatrice s'impose avec urgence. Ce qui caractérise précisément la météorisation spumeuse, c'est que le trocart ne permet pas la décompression voulue. La canule ne rejette que peu de gaz, sous forme de mousse. Le volume dégagé ne compense même pas au fur et à mesure le volume engendré par la fermentation qui se poursuit. Les signes d'asphyxie se précisent, le sujet est de plus en plus agité. Il faut alors nécessairement ouvrir largement une issue à la mousse au moyen du bistouri.

Cette chirurgie d'urgence a tous les caractères de l'empirisme, du moins dans sa première phase. Elle est d'ailleurs (ou devrait être) à la portée de tout éleveur tant soit peu averti. Il s'agit, on le sait, de plonger un bistouri ou un couteau pointu et coupant dans le rumen en franchissant d'un coup : la peau, les deux muscles obliques, le muscle transverse, le péritoine pariétal et viscéral, la panse enfin. Dès que l'instrument a pénétré dans la cavité gastrique, il se produit une fusée de mousse. Sans attendre il faut, d'un mouvement de va-et-vient, pratiquer une incision d'au moins 8 à 10 centimètres.

Le point de ponction se situe aux alentours du point de ponction idéal pour le trocart. Nous n'insistons pas, car en définitive, la latitude est assez considérable. Nous faisons, à partir du point

d'entrée initial une incision verticale ; elle a l'avantage de respecter la direction des fibres du muscle transverse ; c'est au surplus dans le mouvement vertical que l'on a le plus de force, de rapidité et de précision. Lorsque l'ouverture a la dimension voulue, les matières se donnent issue en jet plus ou moins puissant. Dans quelques cas c'est une projection violente susceptible de jaillir dans la figure de l'opérateur. Ce dernier sera donc bien inspiré en se mettant le haut du corps à l'écart, vers l'avant de l'animal s'il opère de la main droite. Souvent l'expulsion est freinée ou stoppée par des paquets ligno-herbeux qui obstruent la sortie ; il convient de les extirper au fur et à mesure avec les doigts pour voir reprendre l'évacuation.

Dès que le premier flot est passé et avant que la panse soulagée de sa pression interne ne commence à s'effacer, voire à reprendre ses mouvements péristaltiques, il faut la fixer à la paroi abdominale.

Cette fixation provisoire a pour but d'éviter autant que possible une souillure trop massive du péritoine. Pour bien en comprendre l'effet, recherchons quelles seraient les conditions idéales de la gastrotomie d'urgence. Théoriquement il faudrait pouvoir fixer la paroi du rumen avant de l'ouvrir ou mieux encore, comme on le fait facilement dans la gastrotomie pour l'extraction de corps étrangers, il faudrait pouvoir attirer la panse hors de la plaie abdominale avant de l'inciser. Ce genre de manœuvre est hautement impossible parce que le sujet sur lequel on opère est angoissé, se déplace constamment et surtout parce que le temps presse. Pratiquement on n'a ni le temps de faire une anesthésie locale et d'attendre qu'elle s'installe, ni même celui d'entraver l'animal. La contention est toujours précaire, comme le sont en vérité toutes les autres conditions : intervention au parc, à la nuit tombée, sans autre personnel qu'un homme qui tient la tête, etc...

La fixation s'opère par des pinces à crémaillère et à mors longs, plats et striés, genre PÉAN ou KOCHER. Les mors sont placés de façon à enserrer tout à la fois la peau, les plans musculaires et péritonéaux ainsi que le rumen. Il faut au moins deux pinces que l'on place de part et d'autre de la commissure inférieure, l'une vers l'arrière, l'autre vers l'avant. En cas de nécessité une seule de ces deux pinces peut suffire. De la sorte l'ouverture stomacale reste à peu près en face de l'ouverture de la parotomie et l'entrée dans la cavité péritonéale de gaz, de mousse et d'herbe reste limitée.

Il convient ensuite de tenter de restaurer des parois stomacales et abdominales normales. L'expérience nous a fait différer légèrement cette dernière partie de la gastrotomie d'urgence. Nous avons trouvé qu'il était avantageux d'attendre quelques heures avant de refer-

mer. De la sorte la fermentation s'arrête, le niveau alimentaire intra-ruménal tend à baisser, donc à s'éloigner de la plaie chirurgicale. Nous estimons qu'il faut 4 à 5 heures pour obtenir ces résultats. D'autre part il serait dangereux d'attendre plus de 6 ou 7 heures parce que des adhérences fortes et étendues auraient le temps de se faire entre les deux feuillets péritonéaux qu'il serait malaisé ensuite, voire impossible de détruire ; dans ces conditions on ne pourrait réussir une fermeture correcte de la panse.

Il faut prendre rendez-vous pour la suite de l'opération, 4 à 5 heures après l'ouverture d'urgence. Cet impératif est souvent une cause de travail de nuit.

L'animal entravé debout reçoit 50 ml de procaine à 4 p. 100 en infiltration autour de la plaie ou en blocage linéaire parallèlement aux apophyses lombaires. Il est recommandable de faire pénétrer l'anesthésique jusqu'au péritoine qui conserve une sensibilité exquise. Les pinces de fixation sont enlevées et le péritoine inspecté. Les fragments herbeux sont retirés à la main ou par essuyage avec une compresse. Il est inutile d'exciser les bords de la plaie du rumen, car la suture séro-séreuse, en sujet par enfouissement (au catgut n° 1) fait disparaître dans l'intérieur les bordures souillées. Si l'affrontement des surfaces séreuses est bon, la guérison est de règle. Comme l'a déjà indiqué VICARD (1950), il est absolument superflu de faire une seconde suture d'enfouissement de la première. Pour suturer commodément on attire à la main une portion de panse vers l'extérieur. Cette manœuvre n'est pas toujours facile. On fait ensuite tenir par un aide muni de pinces en cœur la partie extérieorisée. Généralement on ne parvient pas à sortir la totalité de la plaie ; on débute la suture par une extrémité et on continue en la laissant rentrer dans la cavité abdominale pour reprendre l'autre extrémité. Lorsque la suture est terminée on relâche la panse qui s'affaisse. Des aspersions antibiotiques doivent être faites sur le péritoine viscéral.

Reste le point le plus délicat, en tout cas le plus long : bien préparer la plaie pariétale pour les sutures. Il faut exciser largement tous les tissus souillés qui ont pris une couleur verte caractéristique. Au bistouri ou aux ciseaux on doit enlever des lambeaux de muscles jusqu'à ce que la tranche de la plaie soit devenue saine. Ce parage est très minutieux, il peut demander jusqu'à une demi-heure. Ensuite la plaie cutanée est prolongée vers le bas pour permettre le drainage ultérieur.

La seconde suture en surjet, au catgut n° 1, intéresse le péritoine pariétal. Il est préférable de faire une suture spéciale de ce feuillet plutôt que de le traiter avec les plans musculaires. Il est important

de réunir intimement le péritoine, mais l'étanchéité de la suture n'est pas un objectif impérieux ; elle serait d'ailleurs impossible car la résection pratiquée au cours du parage laisse un manque de substance. Les lèvres péritonéales se rejoignent mal et une traction trop forte sur le fil de suture amène des éraillures. On procède à une nouvelle aspersion d'antibiotiques.

Une troisième suture en surjet, toujours au catgut, rapproche les plans musculaires. Ici la perte de substance est plus facile à compenser grâce à l'élasticité musculaire. L'occlusion doit être parfaite, c'est-à-dire que la suture musculaire une fois réalisée doit opposer une barrière au va-et-vient de l'air qui auparavant se produisait par la plaie, sortes d'expirations et d'inspirations dues aux mouvements péristaltiques et probablement au jeu du diaphragme. Si cette réparation musculaire est bien faite, la suppuration de la paroi sous-cutanée ne risquera pas de gagner la cavité péritonéale.

Une quatrième suture, continue avec points en U, à la soie ou au nylon tressé de gros diamètre ferme la peau. Lorsque la suture est prête, avant de faire coulisser le fil, on saupoudre d'antibiotiques et on place un drain en gaze roulée. La suture est alors serrée. La gaze dépasse de quelques centimètres à la commissure inférieure.

Un jeûne de 24 heures, qui constitue une bonne précaution, est largement suffisant. La mèche de gaze est changée au bout de quelques jours, les fils ne doivent pas demeurer plus de quelques jours également. On peut utiliser les injections antibiotiques au voisinage de la plaie ou par voie intramusculaire. Il est prudent de continuer l'antibiothérapie pendant 5 à 6 jours.

Les suites sont excellentes. La plaie cutanée qui, d'ordinaire, suppure durant 1 à 3 semaines, guérit ensuite sans laisser de traces importantes.

La rumination n'est pas perturbée et les animaux ainsi opérés peuvent être conservés sans risque spécial.

#### RÉFÉRENCES

- MARCENAC (N.). — Technique de la gastrotomie chez les bovins. *Rec. Méd. Vét.* 1950, 609.  
VICARD (A.). — Réticulite traumatique. *Rec. Méd. Vét.* 1949, 693.  
VICARD (A.). — Les laparotomies chez les bovins. Vigot frères, Paris, 1950.
-